AUS DER KGL. UNIVERSITÄTS-POLIKLINIK
FÜR NASEN- UND KEHLKOPFKRANKE IN WÜRZBURG.
(VORSTAND: PROFESSOR DR. OTTO SEIFERT.)

ÜBER ZYSTEN DES LARYNX.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

K. BAYER. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜDRE

VORGELEGT VON

ADOLF HOHMANN
AUS DORFPROZELTEN.

ACAD. MED. BAT. BIBL.

WÜRZBURG
BUCHDRUCKEREI J. MEIXNER
1914.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: Herr **Professor Dr. Otto Seifert.**

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549815_0117

Zysten des Larynx zählen unter den gutartigen Neubildungen zu den ziemlich häufigen Gebilden. Sie würden vielleicht noch häufiger zur Beobachtung gelangen, wenn sie größere Beschwerden verursachen und so den Träger derselben zu ärztlicher Beratung führen möchten. Vielleicht werden auch kleinere Gebilde, besonders an der Epiglottis selbst nicht selten übersehen. Schuld daran ist nach Juraß[1]), die Epiglottis selbst, die sich beim Laryngoskopieren so aufrecht stellt, daß sich die Vorderfläche derselben an die Zungenwurzel anlegt, und so pathologische Prozesse an dieser Stelle leicht übersehen läßt.

Für die Lokalisation der Larynxzysten dienen hier einige Zusammenstellungen aus der Literatur. Ullrich[2]) fand unter 156 Zysten 60 an der Epiglottis, 8 in den Morgagnischen Taschen, 50 an den Stimmlippen, 8 an der Aryknorpelgegend. Mouri sah unter 117 Halszysten 61 an der Epiglottis, 48 an den Stimmlippen, 9 an der Ventrikulagegend. Bei weitem am häufigsten finden sich also Zysten an der Epiglottis. Für Zysten im Innern des Larynx gelten kaum die eingangs gemachten Bemerkungen über die Symptomlosigkeit derartiger Gebilde.

Histologische Befunde über Larynxzysten datieren zumeist aus der jüngeren Zeit, wo unter Einführung der Lokalanäthesie in die Operationstechnik häufiger Zysten exstirpiert wurden, während früher die Behandlung meist eine konservative war. Die meisten Autoren fassen die Zysten des Larynx als Retentionszysten auf. Tobold[3]) erklärt die Entstehung der Zysten wie folgt: „Die Zysten bilden sich, indem in den Follikeln der schleimabsondernden Drüsen das unveränderte Sekret durch Verschluß oder

durch Verlegung der Ausführungsgänge, oder durch Verdichtung ihrer Wandungen zurückgehalten und die Schleimhaut emporgehoben wird. Oder die hypertrophischen Drüsen heben die Schleimhaut als Zystenwand geschwulstartig empor, wobei der Sack zu einer serösen Membran umgestaltet wird und das angehäufte Sekret gleichzeitig die weitere Metamorphose eingeht, indem die spezifischen Stoffe des Sekretes resorbiert werden und dafür Serum oder Schleim in der Zyste angehäuft wird. Diese Retention kann auf zweierlei Weise geschehen, entweder können, wie es vielfach angenommen wird, entzündliche Prozesse zum Verschluß der Ausführungsgänge führen oder auch nach Juraß[1]) Fremdkörper, speziell Speiseteilchen Schuld an der Verstopfung tragen, denn, schreibt er: „wenn man den Umstand ins Auge faßt, daß gerade die Vorderfläche der Epiglottis, auf welcher sich die Geschwülste am häufigsten finden, während des Schluckaktes mit den Bissen in Berührung kommt und daß die Berührung unter einem ziemlich starkem Druck seitens der Schlingmuskulatur stattfindet, so kann man sich vorstellen, daß es dabei sehr leicht zu Verstopfung der Drüsenwandungen durch Nahrungspartikelchen kommen kann".

Für den größten Teil der Fälle jedoch müssen wir akute oder chronische Entzündungen für die Entstehung der Zysten im Larynx als Ursache betrachten. Die entzündlichen Reize führen zu oedematöser Durchtränkung der Gewebe und sekundär zum Verschluß der Ausführungsgänge und zystischer Erweiterung der Drüsen. An die Entzündung schließt sich eine Epithelsquammation an, die ebenfalls zur Verlegung der Ausführungsgänge führt. Chiari[4]) und Glas[6]) erwähnen mikroskopische Präparate, in denen die Ausführungsgänge kappenartig durch desquammierte Epithelien gebildet waren.

Schech führt in seinem Beitrage über „Neubildungen des Kehlkopfs und der Luftröhren" an: „Zysten mit wässerigem Inhalt kommen meist in der Epiglottis, im Ventrikel

und an den Aryfalten oder Stimmlippen vor; an letzteren sind sie meist klein, an ersteren stellen sie rundliche, bläulich-weiße, oder weißgraue, blasenartig fluktuierende Gebilde von Stecknadelkopfgröße bis Nußgröße vor. Sie können aber auch so groß werden, daß Stenose entsteht und der Aryknorpel mit prozessus vocalis subluxiert wird."

Diese Zysten entstehen durch Retention des Drüsensekretes bei Verstopfung des Ausführungsganges und durch Zusammenfließen der erweiterten Drüsengänge und Acini mit entsprechender Veränderung des Inhalts.

In ihrem anatomischen Bau bestehen diese Zysten aus einem bindegewebigen Sack, gefüllt mit einem dicken weißen, halbflüssigen serumhaltigen Material, bisweilen aus einer dünnen, gelblichen oder braunen Flüssigkeit. Die Innenwand der Zyste trägt ein einschichtiges kubisches oder Flimmerepithel. Da die Retentionszysten meist auch ihre Umgebung in Entzündung bringen, so ist ihr Schleimhautüberzug selbst hyperämisch und von einem feinen Gefäßnetz durchzogen, wie ich es selbst deutlich an einem Fall in der hiesigen Poliklinik für Nasen- und Kehlkopfkranke beobachten konnte. Weiteres hierüber folgt später.

Häufiger jedoch haben diese Zysten eine weiße Farbe, verursacht durch den durchschimmernden schleimig weißen Inhalt. Solche Zysten sind zuerst von Luschka[7]) und Gruber[8]) zufällig bei Sektionen beobachtet und beschrieben worden. Glas[5]) berichtet ferner über eine Zyste der linqualen Fläche der Epiglottis folgendes: „Die Zystenwand zeigt ein kubisches Epithel in dem subepithelialen Bindegewebe, parallel mit der Oberfläche gestellte Drüsenausführungsgänge, um die sich schleimgefüllte Tubuli gruppieren, wenige elastische Fasern, namentlich in der Umgebung der kleineren Gefäße, sowie in deren Wandung vereinzelte Rundzellenanhäufungen. In einem zweiten, ebenfalls von Glas[5]) beschriebenen Fall, zeigt die Untersuchung folgendes mikroskopisches Bild: Die äußere Wand besteht aus einem mehrschichtigen Plattenepithel, die innere aus

einem mehrreihigen kubischen. Zwischen beiden Epithellagern findet sich ein zellreihiges Bindegewebe, in welches zahlreiche alveoläre Drüsen eingestreut sind, die sich bei Muskarinfärbung durchaus als Schleimdrüsen erweisen.

Außer den Retentionszysten sind in der neuesten Zeit noch viele andere zystische Gebilde im Larynx beschrieben worden. So findet man häufig Lymphzysten und kongenitale erwähnt. Die Lymphzysten zeigen im mikroskopischen Bilde Hohlräume, deren Innenwand mit Endothel ausgekleidet ist. Diese Hohlräume, die meist mit Lymphozyten ausgefüllt sind, müssen als erweiterte Lymphräume betrachtet werden. Sie entstehen meist an den Stimmlippen und zwar durch Erweiterung von Lymphdrüsen oder von Bindegewebsmaschenräumen oder durch seröse Transsudation in oder unter das Epithel. Nach ihrem histologischen Bau gehören hierher auch die Erweichungszysten. Es sind dies keine selbständigen Gebilde, sondern sie kommen als zystisch degenerierte Geschwülste im Larynx und zwar namentlich in den Polypen vor.

Auch von Luftzysten ist die Rede. So beschreibt Tervaest[9]) einen Fall wie folgt: Ein 72jähriger Patient ist seit 17 Jahren heiser und kurzatmig. An dem stark verbreiterten linken Taschenband findet sich eine große Blase, die den Larynxeingang fast ganz ausfüllt. Die linke Kehlkopfhälfte erscheint unbeweglich. Die Blase zeigt sich sehr schnell bei der Phonation und verschwindet bei kräftiger Einatmung mit geschlossener Glottis und bei schnellem Schlucken von Wasser. Tervaest glaubt nun, daß die Verbreiterung des linken Taschenbandes und die Fixation der linken Larynxhälfte zuerst bestanden habe, alsdann habe die Luft den Ventrikel aufgeblasen und später wie eine Hernie durch den Spalt im Taschenband hervortreten lassen. Die Bezeichnung „Laryngocele“ hält er für den passenden Namen hiefür.

Zu den kongenitalen Zysten rechnet man jene Gebilde, die entstanden sind aus den embryonalen Resten, welche

bei der Entwicklung der Schilddrüse stehen geblieben sind und sich zu zystischen Gebilden erweitert haben.

Bei Heymann findet sich über solche Mißbildungen folgendes: Die Schilddrüse besteht bei guter Entwicklung aus zwei seitlichen symmetrischen und einem unpaaren Mittel = dem Pyramidenlappen. Der letztere ist jedoch häufig nur rudimentär entwickelt oder fehlt auch ganz und ist durch eine bindegewebige Masse oder durch einige Fetträubchen ersetzt. Zuweilen kommt es vor, daß einige kleine Drüsenmengen von der Struktur der Schilddrüse in dieses Binde- oder Fettgewebe eingelagert sind. Im foetalen Leben führt von hier aus ein Ausführungsgang der Schilddrüse unter dem Zungenbein hindurch und durch die Muskulatur der Zungenbasis zur Oberfläche der Zunge, wo dieser Kanal im sogenannten Foramen coecum endigt. Dieser Kanal bleibt bisweilen dauernd erhalten. „Verhältnismäßig oft hat dies His[16]) angetroffen. — Heymann fährt weiter. „Ich habe in einem einzigen Falle gefunden, daß man eine feine Sonde durch das Foramen coecum bis in die Gegend der Zungenbasis führen konnte. Ein Zusammenhang mit der Schilddrüse aber bestand nicht. Der Gang bezeichnete eine Straße, längst der an verschiedenen Stellen überzählige Schilddrüsen sich entwickelten. Sehr häufig werden dieselben am Zungenbein oder sogar in demselben von Knochensubstanz umgeben, getroffen. Seltener findet man an der Zungenbasis, in der Gegend des Foramen coecum Tumoren, die aus Schilddrüsensubstanz bestehen. Es ist nun zweifellos, daß mit diesem Gang, dem Ductus thyreoglossus die Entwicklung angeborener Zysten im Zusammenhang steht, die sich ebenfalls am Zungenbein oder an der Zungenbasis finden. Die Zysten sind Ranula ähnliche Gebilde mit einem schleimischen Inhalt und einer epithelialen Auskleidung von meist nur geringer Ausdehnung. Sie sitzen sowohl am Zungenbein wie an der Zunge selbst, stets in der Mittellinie und dürfen nicht mit Dermoidzysten verwechselt werden, die auch gelegentlich in dieser Gegend vorkommen.

Andere Autoren machen für die Entstehung kongenitaler Zysten Abnormitäten in der Entwicklung des Larynx verantwortlich.

Der Kehlkopf und die Trachea entstehen durch seitliche Einschnürung aus dem Schlunddarm. Die zwei Wülste, die dem zur Trachea werdenden Teil aufsitzen, enthalten die Anlagen der Weisbergschen und Santorrinischen Knorpeln, die Anlagen der Stimm- und Taschenbänder, der Ventriculi Morgagni, während die Anlagen der Epiglottis und des Schildknorpels von Rathke ins Gebiet des dritten von His [16]) ins Gebiet des vierten Kiemenbogens verlegt werden. Der Larynx entsteht also aus zwei Anlagen, aus dem Schlunddarm, also dem Entoderm, der anderen aus dem Kiemenbogenapparat, der sich aus drei Keimblättern zusammensetzt. Es ist nun längst nachgewiesen, daß an Stellen, wo verschiedene Keimblätter sehr miteinander in Berührung kommen, es sehr leicht zu einer Dislokation der verschiedenen Keimblätterabkömmlingen kommen kann. Diese Verschiebung der Keimblätteranlagen ist zumeist die Ursache der Entstehung von Teratomen an verschiedenen Stellen des menschlichen Körpers. Nach dem mikroskopischen Bilde enthalten solche Tumoren Gewebsarten, die ihrem Entstehungsorte nicht entsprechen. Im Larynx nun verbinden sich die Kehlkopfzapfen, Abkömmlinge des Entoderms; direkt mit den Wülsten, die aus dem Schildknorpel hervorwachsen, welch letztere nach den meisten Autoren aus dem vierten Kiemenbogen hervorgehen. Hiebei kann es leicht zur Verschiebung und so zur Bildung von teratoiden Geschwülsten kommen. Diese Erklärung gab Glas zuerst, als er in einer Zystenwand Knorpelherde gefunden hat. Die Zyste saß in der ary-epiglottischen Falte. Die mikroskopische Untersuchung ergab folgendes: die Innenwand der Zyste zeigt geschichtetes Plattenepithel, an einzelnen Stellen Papillenbildung; die subepitheliale Schicht bestand aus gefäßreichem Bindegewebe und elastischen Fasern. An einer Stelle der Wand befand sich ein Knorpelherd. Die Entstehung dieser

Zyste wäre also nach Glas[6]) durch die Dislokation der Keimblätter zu erklären, die Knorpeleinlagerung geschah durch verschobenes, mesodermales Gewebe, welches zwischen dem entodermalen und ektodermalen Übergang der Kiemenbögen vorhanden ist.

Einen ähnlichen Fall teilt M. Senator[10]) mit, bei welchem es sich um eine Zyste an der lingualen Fläche der Epiglottis handelt. Er schildert folgendes mikroskopisches Bild: die pflaumgroße Zyste ist überall mit Epithel ausgekleidet. Die Wand der Zyste besteht an einer verdickten Stelle aus Bindegewebe, Knorpel, zahlreichen Schleimdrüsen, Follikeln und Gefäßen, entspricht also dem Bau der Epiglottis; in der übrigen Peripherie besteht sie nur aus Bindegewebe. Das den Zystenraum begrenzende Epithel ist an der zuerst beschriebenen Stelle flimmerndes Zylinderepithel; dies geht nach einem Stadium von Übergangsepithelien in ein geschichtetes Plattenepithel über, als welches es dann den übrigen Teil der Zyste auskleidet. An ihrer Außenseite trägt die Zyste überall geschichtetes Plattenepithel. Der Inhalt der Zste besteht aus einem körnigen Detritus und aus großen, platten, oft noch unter einander zusammenhängenden polymorph geformten Epithelien, sowie einigen mit Fett gefüllten Rundzellen. Senator[11]) sucht die Entstehungsursache dieser Zyste in einer Abnormität in der Entwicklung der Epiglottis.

Es folgen nun einige Fälle von Larynxzysten, wie ich sie in der Literatur verzeichnet finde.

Krieg[10]) berichtet: 1. Zyste des linken Ligamentum ary-epiglotticum und pharyngo epiglotticum, welche beide nur als strahlenförmig in der Geschwulst untergehende Reste zu erkennen sind. Die Geschwulst ist kleinhühnereigroß, bernsteinartig, sehr dünnwandig, durchscheinend, mit Gefäßen überzogen, hat Tropfsteinform, fluktuiert deutlich, verdeckt den Kehlkopfeingang bis auf eine kleine Lücke am rechten ligamentum ary-epiglotticum. Bei kräftiger Exspiration wird sie aus dem Aditus laryng. heraus-

gelupft, um eine quere horizontale Achse gedreht, welche dem Lig. ary epiglotticum entspricht. Dabei wird das ganze rechte, sowie das vordere Ende des linken Stimmbandes sichtbar, bei tiefer Inspiration wird sie in den Larynx hineingesaugt. Die Zyste verursacht seit einigen Monaten gequetschte Stimme, Kropfstimme, leichtes Verschlucken, sodaß Verkleinern der Speisen nötig ist, seit kurzem Atemnot bei Anstrengung, sowie beim Abbiegen des Kopfes nach links, jedoch keine Heiserkeit.

Therapie: Inzision: Seröser, klarer, wässeriger Inhalt; am nächsten Tag Versengung des Balgs mit Galvanokauter soweit wie möglich; nach 4 Tagen mit der Schneidezange eine Menge zunderartiger Schorfe entfernt.

Patient geheilt geblieben auch nach mehreren Jahren.

II. Zyste der Zungenfläche der Epiglottis.

Beobachtung im Mai 1891 bei einem 26jährigen Kaufmann. Seit 4 Monaten Gefühl eines Fremdkörpers wie eine Erbse, leicht anstoßend bei Voll- und Leerschlucken, dabei anfangs schmerzliches Gefühl im Ohr, wie wenn in diesem ein Geschwür wäre; später diese Schmerzen verschwunden, Stimmresonanz und Atem bis heute nie gestört. Die Zyste hat die Größe einer großen Kirsche, entspringt an der Vorderfläche der Epiglottis, hat einen derben roten Balg, der nur an wenigen Stellen in der Fläche ihrer Basis als bläuliche Stellen den Inhalt durchscheinen läßt. Letzterer ist wasserklares Serum, wie die Operation — Abreißen eines großen Teiles des Balges mit der Schneidezange — zeigt.

Spurlose Heilung, welche im Juli 1891 wiederholt festgestellt wird.

Schoetz [12]) demonstrierte einen 50jährigen Patienten, bei welchem er vor 25 Jahren eine sehr bald geheilte akute Laryngitis und geringen Schiefstand der Glottis von rechts vorne nach links hinten konstatiert hatte und welcher jetzt, ohne daß in der Zwischenzeit irgendwelche Behandlung des Kehlkopfes stattgefunden hätte, folgenden Zustand aufweist: der linke Sinus pyriformis und die ganze Vallecula

ist prall gefüllt von einem etwa hühnereigroßen, platten, mit normaler Schleimhaut überzogenem, gelb durchscheinenden Tumor, der die linke Hälfte der Epiglottis soweit nach rechts gedrängt hat, daß sie fast das rechte Lig. ary epiglotticum erreicht und man nur mühsam in der Tiefe neben der rechten Stimmlippe eine ganz schmale Glottis und hinten ab und zu den rechten Aryknorpel zu erkennen vermag. Ebenso war das Kehlkopfbild bei einer gelegentlichen Untersuchung, die Schoetz vor 15 Jahren bei dem Patienten vornahm. Es ist erstaunlich, wie sich der seinem Beruf nachgehende Patient mit geringem Luftquantum, das ihm die schmale Epiglottis ermöglichte, abzufinden gelernt hat.

Über die Ätiologie und das Wesen des Tumors kann Schoetz nichts Sicheres sagen. Die Röntgenuntersuchung war resultatlos. Er neigt zur Annahme eines weichen Fibroms oder einer Zyste.

Killian[13]) erinnert dieser Fall an eine vor 3 Jahren beobachtete kugelige Zyste am rechten Taschenband, die sich nach dem rechten Sinus pyriformis vorwölbte. Bei Druck auf dieselbe kamen zähe gelatinöse Massen heraus. Um den ganzen Inhalt leichter auszupressen, trug er ein Stück der Zystenwand mit der Doppelkürette ab. Die Zyste ist darauf geschrumpft und gut geheilt, sodaß man später nichts mehr wahrnehmen konnte.

Einen weiteren Fall führt E. A. Peters[14]) an. Zyste der aryepiglottischen Falte, spontanes Bersten derselben: Eine rote Anschwellung nahm die aryepiglottische Falte ein, der Aryknorpel war in Phonationsstellung gedrängt. Heiserkeit. 7 Wochen, nach dem Beginn der Symptome schien die Zyste prominent und blasser. Nach 8 Wochen kehrt die Stimme plötzlich zurück und man sah, daß die Zyste kollabiert war.

In der Poliklinik für Nasen- und Kehlkopfkranke Würzburg wurden in den letzten 2 Jahren zum Teil von mir selbst folgende Fälle von Larynxzysten beobachtet:

Fall I.

S. F., 46 Jahre, Kaufmann aus H.

4. VII. 12. Patient will von einem Semmel, den er am 3., früh 10 Uhr gegessen hat, noch einen Rest im Hals oder Speiseröhre stecken haben. Oberhalb der linken Mandel ständig zunehmendes Druck- und Fremdkörpergefühl, Stechen nach dem linken Ohr, Schlucken unmöglich.

Befund: Gegend des linken Zungenbeins etwas geschwollen, auf leichten Druck schmerzhaft, Nase und Rachen frei.

Larynx: An der laryngealen Fläche der Epiglottis ein kleinerbsengroßer Tumor, an der Oberfläche gerötet, Übergang leicht oedematös. Nach rechts ist der Tumor scharf abgegrenzt, weniger deutlich nach links. Nach Anaesthesierung erkennt man an einer Stelle eine stecknadelkopfgroße Verletzung, an welcher offenbar ein Fremdkörper eingedrungen ist und zu leichtem Oedem Anlaß gegeben hat.

4. VI. abend 6 Uhr: Beschwerden nehmen zu, Oedem nach links hin etwas verbreitert.

5. VI. Inzision: Es entleeren sich schleimig homogene Massen, sofortige Erleichterung.

6. VI.: Tumor fast ganz verschwunden. Patient ohne Beschwerden.

Es handelte sich offenbar um eine schon längst bestehende Zyste der Epiglottis, in deren Überzug ein spitziger Fremdkörper eingedrungen war.

Fall II.

J. L., 23 Jahre, Bäckerstochter aus W.

Dezember 1912: Patientin, die vor 2 Jahren längere Zeit im hiesigen Juliusspital behandelt wurde — Diagnose: „Multiple Sklerose“ — fühlt sich allgemein schwach, hat besonders Beschwerden beim Gehen.

Heute klagt sie über heftige Schmerzen in den beiden Stirnhälften, die zeitweise auch nach dem Hinterhaupt ausstrahlen.

Es wird beiderseitiger Stirnhöhlenkatarrh festgestellt und diesbezügliche Therapie eingeleitet.

Beim Laryngoskopieren ergibt sich folgender Befund: An der linken lingualen Fläche der Epiglottis eine helle durchscheinende Zyste mit leichtem Gefäßnetz. Dieselbe scheint zweikammerig zu sein und zwar so, daß die linke, kleinere Kammer nach vorn gegen den Zungengrund, die rechte größere über die Mittellinie der Epiglottis ragt.

Auf Befragen gibt nun Patientin an, daß sie erst seit letzter Zeit, besonders nach jeder leichten Erkältung — Zugluft — das Gefühl von Trockenheit im Halse habe, Druckempfindlichkeit beim Schlucken, besonders von konsistenteren Speisen, bei raschem Trinken Würgen im Hals. Bei schnellerem Sprechen hat sie öfters das Gefühl des „Steckenbleibens".

25. II. 13.: Zyste scheint im allgemeinen leicht vergrößert. Es wird eine Punktion vorgenommen, bei der sich ungefähr $^1/_{10}$ ccm gelblicher schleimig seröser Flüssigkeit entleert. Patientin gibt sofort an, daß der Druck beinahe verschwunden und das Schlucken erleichtert sei.

27. II. 13.: Die Zyste macht den Eindruck als habe sie sich wieder leicht gefüllt, Druck sowie Schmerzen beim Schlucken und Sprechen bestehen nicht mehr.

Von der Zystenwand wird ein Probestückchen exzidiert und mikroskopiert: Die Schleimhautzyste besteht aus plattenepithelialer Wandung mit etwas kleinzelliger Infiltration der darunter gelegenen Gewebsschicht.

3. III. 13.: Mit dem Galvanokauter wird die Zystenwand zerstört.

4. III. 13.: Breiter Aetzschorf an Stelle der Zyste, geringe Beschwerden.

6. III. 13.: Aetzschorf beginnt sich abzustoßen, immer noch geringe Schluckbeschwerden.

10. III. 13.: Aetzschorf hat sich zum großen Teil abgestossen, Schluckbeschwerden verschwunden.

5. VI. 13.: Stelle der Zyste mit normaler Schleimhaut überzogen, kein Recidiv.

Fall III.

A. Sch., 42 Jahre, Kuttler aus W.

Patient klagt über Heiserkeit und Schmerzen beim Schlucken, die seit 3—4 Wochen bestehen.

Befund: Beiderseits an der Innenfläche des Larynx hirsekorngroße durchscheinende Zysten.

Lokalisation: Beide Taschenbänder. Operation vorgeschlagen, jedoch verweigert.

Fall IV.

R. J., 18 Jahre, Viehtreiber aus S.

Patient ist seit 3 Wochen heiser.

Befund im Larynx: An der Grenze zwischen vorderem und mittlerem Drittel des rechten Stimmbandes eine erbsengroße, blasse, durchscheinende, breitgestielte Geschwulst. Dieselbe wird mit schneidender Zange entfernt.

Es handelte sich um eine Zyste des rechten Stimmbandes.

Stimme sofort wieder normal.

Fall V.

H. E., 5 Jahre, Bauernkind aus Sch.

Im vergangenen Jahr bildete sich an der äußeren Haut über dem Kehlkopf ein Knötchen, aus dem sich mit Unterbrechung 5—6 Wochen lang, spärlicher Eiter entleerte. Auch jetzt soll sich ab und zu wieder Sekret zeigen.

Diagnose: Kongenitale Zyste des Ductus Thyreoglossus.

Fall VI.

R. G., 25 Jahre, aus Kl.

14. V. 12.: Patient klagt über Heiserkeit, die seit Anfang dieses Jahres bestehe.

Befund: Gaumentonsillen sind stark hypertrophiert, Rachenschleimhaut gerötet.

Larynx: Im mittleren Drittel des linken Stimmbandes eine kleine Zyste.

Vorgeschlagene Operation wird verweigert.

Fall VII.

D. K., 34 Jahre, aus R.

Klagt über Brennen und Kitzeln im Hals, oft Schmerzen beim Sprechen.

Diagnose: Zyste des Larynx.

Lokalisation: Linkes Taschenband.

Fall VIII.

Schn. J., 45 Jahre, aus E.

Seit 4 Wochen klagt Patient über Schmerzen beim Schlucken.

Befund: Konkremente in den Tonsillen.

Larynx: Am linken Aryknorpel ein stecknadelkopfgroßes weißes durchscheinendes Knötchen.

Diagnose: Zyste am linken Aryknorpel.

Eall IX.

H. E., 46 Jahre, aus Schw.

Patient kann seit 2 Jahren nur feingewiegte Nahrung schlucken, bei längerem Sprechen versagt die Stimme. Mit der rechten Hand kann er nur schlecht zufassen, ermüdet leicht auf dem rechten Bein.

Medizinische Klinik stellte die Diagnose auf Hemiplegie und periphere Hypoglossuslähmung.

Zungenspitze weicht beim Herausstrecken nach rechts ab, rechte Hälfte der Pharynxwand bewegt sich weniger als die linke.

Beim Laryngoskopieren findet sich an der rechten laryngealen Seite der Epiglottis eine erbsengroße Zyste.

Fall X.

G. H., 23 Jahre, aus Schw.

Patient klagt über Husten und Heiserkeit.

Im Larynx: An der oberen medialen Fläche der Epiglottis eine hirsekorngroße Zyste.

Fall XI.

X. X., 36 Jahre, Kaufmann.

4. II. 14.: Patient klagt über Heiserkeit, die seit 8—9 Wochen bestehen soll. Anderweitige Untersuchungen

sollen Kehlkopfkatarrh ergeben haben. Inhalation etc. ohne Erfolg.

Status: Patient mittelgroß, sehr kräftig, innere Organe gesund, Stimme rauh, heiser.

Larynxbefund: An der Grenze zwischen vorderem und mittlerem Drittel der rechten Stimmlippe sitzt am Rand und offenbar mit seiner Basis noch an die Unterfläche der Stimmlippe reichend, breitbasig ein kleiner, blaßroter Tumor.

Nach Kokain-Alypin-Anaesthesierung wird der Tumor mit der Schrötter'schen Zange entfernt. Die Besichtigung des vollkommen glatt abgelösten Tumors ergibt, daß nur eine zarte Membran entfernt worden war, daß es sich demnach um eine Zyste handeln mußte.

Stimme nach dem operativen Eingriff ganz hell und klar. 8. II. 14.: Vollkommene Heilung. Von dem Tumor an der rechten Stimmlippe gar nichts mehr zu sehen.

Fall XII.

Gr. M., 30 Jahre, Schlosser in W.

10. V. 14.: Patient klagt über Trockenheit und Kratzen im Hals, besonders auf der rechten Seite. Stimme ist leicht heiser.

Befund: Nase trocken, rechte Seite leicht atrophisch.

Rachenwände sehr stark gerötet, trocken.

Stimmbänder mäßig gerötet.

Diagnose: Rhinopharyngitis-Laryngitis sicca:

Beim Laryngoskopieren zeigt sich zwischen linker Vallecula und der lingualen Fläche der Epiglottis eine erbsengroße, gelbe, breit aufsitzende Zyste, die sich leicht eindrücken läßt.

16. VI. 14.: Bei der Punktion entleert sich eine trübe, gelblich verfärbte Flüssigkeit von etwa $^1/_2$ ccm, durchsetzt mit gelben bröckeligen Massen.

Zyste wird alsdann mit dem Galvanokauter zerstört.

17. VI. 14.: Aetzschorf an der Zystenstelle, geringe Schluckbeschwerden.

19. VI. 14: Aetzschorf läßt sich mit H_2O_2 leicht abspülen. Es bestehen fast keine Schluckbeschwerden mehr.

26. VI. 14.: An Stelle der Zyste normale Schleimhaut, Patient ohne Beschwerden.

Am Schlusse der Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer und Chef, Herrn Professor Dr. Seifert für die Überlassung des Themas und die liebenswürdige Unterstützung bei der Ausführung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literaturangaben.

Juraß[1]): Epiglottiszysten. Deutsche Med. Wochenschr. 1884.

Ullrich[2]): Über Kehlkopfzysten, Dissertation 1887, Würzburg.

Tobold[3]): Laryngoskopie und Kehlkopfkrankheiten 1874.

Chiari[4]): Über Zystengeschwülste in Stimmbandpolypen, Wiener Med. Wochenschr. 1895.

Chiari[5]): Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1881.

Glas[6]): Über Epiglottiszysten. Fränkels Archiv, Bd. 17.

Luschka[7]): Über Kolloidzysten des Kehlkopfes. Virchow's Archiv, Bd. 52.

Gruber[8]): Virchow's Archiv, Bd. 63.

Tervaest[9]): Intern. Centr. Bl. für Laryngologie und Rhinologie.

Senator[10]): Deutsch. Med. Wochenschr. 1902.

Krieg[11]): Atlas der Kehlkopfkrankheiten 1892.

Schoetz[12]): Int. Centr. Bl. für Laryngologie und Rhinologie 1914, Nr. 4, Sitzung im Juli 1913.

Killian[13]): Int. Centr. Bl. für Laryngologie und Rhinogologie, 1914, Nr. 4, Sitzung Juli 1913.

Perter[14]): Intern. Centr. Bl. für Laryngologie und Rhinologie, 1914, Nr. 6, p. 283.

Mischkin[15]): Über Epiglottiszysten, Dissertation 1912, Königsberg i./Pr.

His[16]): Der Tractus thyreoglussus und seine Beziehungen zum Zungenbein. Archiv für Anatomie und Entwicklungsgeschichte, 1891.

Lebenslauf.

Ich, Adolf Hohmann wurde geboren am 14. Juni 1885 als Sohn des Bürgermeisters Josepf Hohmann zu Dorfprozelten am Main.

Nach Besuch der dortigen Volksschule und der Lateinschule zu Miltenberg trat ich an das Neue Gymnasium zu Würzburg über, das ich im Juli 1906 absolvierte.

Im Wintersemester 1906/07 bezog ich zuerst als Jurist die Universität Würzburg, der ich bis zum Schluß meines medizinischen Staats-Examens — 9. Dezember 1913 — angehörte.

Mein Militärhalbjahr fällt in das Sommer-Semester 1908. Mein Physikum bestand ich im Herbst 1911.

Seit 1. Januar 1914 bin ich als Medizinalpraktikant an der Universitäts-Poliklinik für Nasen- und Kehlkopfkranke in Würzburg.

Vorstehende Arbeit habe ich unter Leitung des Herrn Professor Dr. Seifert verfaßt.